Nafarroako Fisioterapeuten Elkargo Ofiziala

Colegio Oficial de Fisioterapeutas de Navarra

REGISTRO DE CENTROS DE TRABAJO

NOMBRE Y APELLIDOS DEL COLEGIADO	N" COLEGIADO

DIRECCIÓN DEL CENTRO DE TRABAJO
CALLE, Nº.:
C.P.: **LOCALIDAD:**

TELÉFONO	FAX	E-MAIL

ACTIVIDAD DE LOS COLEGIADOS	MARQUE CON X
EJERCIENTES	◉
NO EJERCIENTES	○
DESEMPLEADOS	○

SECTOR	MARQUE CON X	MODALIDAD	MARQUE CON X
SECTOR PÚBLICO	☐	**POR CUENTA AJENA**	☐
SECTOR PRIVADO	☐	**CONSULTA PROPIA CONSULTA O CLÍNICA PROPIA**	☐
		TRABAJO A DOMICILIO	☐

TIPO Y NOMBRE DEL CENTRO DE TRABAJO

HOSPITALES:	
CLINICAS:	
RESIDENCIAS:	
GERIATRÍA:	
MUTUAS:	
CLUB DEPORTIVOS:	
GIMNASIOS:	
CENTRO ESTÉTICA:	
DOCENCIA:	
OTROS, ESPECIFICAR:	

□6I ES AUTÓNOMO <

SI ES AUTÓNOMO Y TIENE CONSULTA PROPIA INDIQUE SU ESPECIALIDAD:

F□G□R□□ Colegiado/a:

Pamplona a..□□□□..de.....de □□□□□